**Nr. \_\_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DOMNULE PREŞEDINTE

Subsemnatul (a) Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cod parafă\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; CUIM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_domiciliat(a) în \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, str.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; nr.\_\_\_\_\_\_\_; bl. \_\_\_\_\_\_ap.\_\_\_\_\_; tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicit avizul anual al Colegiului Medicilor din Brașov, al cărui membru sunt, în vederea continuării activitătii medicale peste vârsta legală de pensionare in

specialitatea:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

grad professional\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

specialitatea:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

competenţa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declar pe propria răspundere că activitatea pe care urmează să o desfăşor va fi in unitatea/unitatile sanitara

­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

În vederea obţinerii avizului anexez următoarele:

- certificatul de membru si avizul anual în original si copie

- copie a actului de identitate;

- certificatul de sănătate, care va conţine obligatoriu viza medicului psihiatru cu menţiunea ***«apt să lucreze în domeniul sanitar»*** şi viza medicului de medicina muncii cu menţiunea ***«apt să lucreze în specialitatea....» (specialitatea medicului pentru care se eliberează certificatul de sănătate).***

* copie a asigurării de răspundere civilă pentru greşeli în activitatea profesională valabilă pentru anul în curs;
* dovada efectuării a minimum 40 ore EMC în ultimele 12 luni
* dovada achitarii cotizatiei de membru

Semnătura, Data,